

Rentenversicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

oder

Krankenversicherernummer

MSAT / MSNR

--

Bitte tragen Sie nur die Nummer des zuständigen Rehabilitationsträgers ein

Einwilligungserklärung zum Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen

G0401

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über das weitere Vorgehen.

Die Ärztin / der Arzt der Rehabilitationseinrichtung hält im Anschluss an die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen eine Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen gemäß § 17 SGB VI bzw. § 43 SGB V für erforderlich und gibt eine Stellungnahme zu dem Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen ab.

Darin werden Angaben zu den Diagnosen, dem voraussichtlichen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, dem bisherigen Verlauf, der psychosozialen Situation - inklusive Wohnungssituation und Arbeitssituation, der Rückfallgefahr und den Zielen der geplanten Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen gemacht sowie ein psychischer Befund erstellt.

Damit die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen möglichst nahtlos an den erreichten Zielen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ansetzen kann, halten wir es für erforderlich, dass die Nachsorgeeinrichtung ebenfalls diese Informationen erhält.

Mit der folgenden Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass nach der Bewilligung der Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen durch den Rehabilitationsträger die ärztliche Stellungnahme aus dem Antrag auf Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen (G0400 - Seite 2) an die Nachsorgeeinrichtung übermittelt wird.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Einwilligungserklärung freiwillig ist und Ihnen keine Nachteile hinsichtlich des Antrags auf Nachsorge entstehen, wenn Sie in diese Datenübermittlung nicht einwilligen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Rehabilitationsträger

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rehabilitationsträger oder die zuständige Arbeitsgemeinschaft die ärztliche Stellungnahme aus dem Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen (G0400 - Seite 2) an die Nachsorgestelle übermittelt.

nein

ja

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich bei dem zuständigen Rehabilitationsträger oder der zuständigen Arbeitsgemeinschaft (siehe Antrag auf Nachsorgeleistung bei Abhängigkeitserkrankungen - G0400) widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



